



SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

www.electromedicasel.com

FOLIO

FECHA

HOJA DE SERVICIO

Institución/Empresa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Tel: _____ Celular: _____ Email: _____

ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO

Marca: _____ Modelo: _____ Equipo: _____
Accesorios incluidos: _____
Departamento: _____ No. Serie: _____
Tipo de servicio: ☐ Mantenimiento preventivo ☐ Mantenimiento correctivo ☐ Diagnóstico ☐ Otro: _____
Falla reportada: _____

INSPECCIÓN DEL EQUIPO

ACTIVIDADES REALIZADAS

OBSERVACIONES

HORAS DE
SERVICIO

FOLIO DE
GARANTÍA:

Garantía de

Días naturales sobre el servicio realizado

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Nombre:

Firma: _____

CLIENTE

Nombre:

Firma: _____
Nancy Gallegas